



**Texas Children's  
Health Plan**

*The best decision a family can make.*

**CHIP Scope of Benefits**

Covered CHIP services must meet the CHIP definition of "medically necessary." "Medically necessary" health services are:

**A. Physical:**

- Reasonable and necessary to prevent illnesses or medical conditions, or provide early screening, interventions, and/or treatments for conditions that cause suffering or pain, cause physical malformation or limitations in function, threaten to cause or worsen a disability, cause illness or infirmity of a Member, or endanger life;
- provided at appropriate facilities and at the appropriate levels of care for the treatment of Members' medical conditions;
- consistent with health care practice guidelines and standards that are issued by professionally recognized health care organizations or governmental agencies;
- consistent with the diagnoses of the conditions; and
- no more intrusive or restrictive than necessary to provide a proper balance of safety, effectiveness, and efficiency.

These "medically necessary" health services:

- could not be omitted without adversely affecting the Member's physical health or the quality of care rendered.

**B. Behavioral:**

- reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of a mental health or chemical dependency disorder or to improve or to maintain or to prevent deterioration of function resulting from the disorder; and
- provided in accordance with professionally accepted clinical guidelines and standards of practice in behavioral health care.

Emergency care is a covered CHIP service. "Emergency" and "emergency condition" means a medical condition of recent onset and severity, including, but not limited to, severe pain that would lead a prudent layperson, possessing an average knowledge of medicine and health, to believe that the child's condition, sickness, or injury is of such a nature that failure to get immediate care could result in:

- placing the child's health in serious jeopardy;
- serious impairment to bodily functions;
- serious dysfunction of any bodily organ or part;
- serious disfigurement; or
- in the case of a pregnant woman, serious jeopardy to the health of the fetus.

"Emergency services" and "emergency care" means health care services provided in an in-network or out-of-network hospital emergency department or other comparable facility by in-network or out-of-network physicians, providers, or facility staff to evaluate and stabilize medical conditions. Emergency services also include, but are not limited to any medical screening examination or other evaluation required by state or federal law that is necessary to determine whether an emergency condition exists.

There is no lifetime maximum on benefits; however, 12-month period, enrollment period (a 6-month period) or lifetime limitations do apply to certain services, as specified in the following chart. If services with a 12-month limit are all used within one 6-month enrollment period, these particular services are not available during the second 6-month enrollment period. Co-pays apply until a family reaches its specific cost-sharing maximum.

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
<b>Inpatient General Acute and Inpatient Rehabilitation Hospital Services</b>	<p>Medically necessary services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospital-provided physician or provider services</li> <li>▪ Semi-private room and board (or private if medically necessary as certified by attending)</li> <li>▪ General nursing care</li> <li>▪ ICU and services</li> <li>▪ Patient meals and special diets</li> <li>▪ Operating, recovery and other treatment rooms</li> <li>▪ Anesthesia and administration_(facility technical component)</li> <li>▪ Surgical dressings, trays, casts, splints</li> <li>▪ Drugs, medications and biologicals, blood or blood products not provided free-of-charge to the patient and their administration</li> <li>▪ X-rays, imaging and other radiological tests (facility technical component)</li> <li>▪ Laboratory and pathology services (facility technical component)</li> <li>▪ Machine diagnostic tests (EEGs, EKGs, etc)</li> <li>▪ Oxygen services and inhalation therapy</li> <li>▪ Radiation and chemotherapy</li> <li>▪ Access to DSHS-designated Level III perinatal centers or hospitals meeting equivalent levels of care</li> <li>▪ In-network or out-of-network facility for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section</li> <li>▪ Hospital, physician and related medical services, such as anesthesia, associated with dental care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requires prior authorization for non-emergency care and following stabilization of an emergency condition</li> <li>▪ Requires prior authorization for in-network or out-of-network facility for a mother and her newborn(s) after 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and after 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Applicable level of inpatient co-pay applies</li> </ul>
<b>Transplants</b>	<p>Medically necessary services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Using up-to-date FDA guidelines, all non-experimental human organ and tissue transplants and all forms of non-experimental corneal, bone marrow and peripheral stem cell transplants, including donor medical expenses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requires prior authorization</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Co-pays do not apply</li> </ul>
<b>Skilled Nursing Facilities (Includes Rehabilitation)</b>	<p>Medically necessary services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semi-private room and board</li> <li>▪ Regular nursing services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requires prior authorization and physician prescription</li> <li>▪ 60 days per 12-month</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Co-pays do not apply</li> </ul>

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
<b>Hospitals)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rehabilitation services</li> <li>▪ Medical supplies and use of appliances and equipment furnished by the facility</li> </ul>	period limit	
<b>Outpatient Hospital, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Hospital, Clinic (Including Health Center) and Ambulatory Health Care Center</b>	<p>Medically necessary services include, but are not limited to, the following services provided in a hospital clinic, a clinic or health center, hospital-based emergency department or an ambulatory health care setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ X-ray, imaging, and radiological tests (technical component)</li> <li>▪ Laboratory and pathology services (technical component)</li> <li>▪ Machine diagnostic tests</li> <li>▪ Ambulatory surgical facility services</li> <li>▪ Drugs, medications and biologicals</li> <li>▪ Casts, splints, dressings</li> <li>▪ Preventive health services</li> <li>▪ Physical, occupational and speech therapy</li> <li>▪ Renal dialysis</li> <li>▪ Respiratory Services</li> <li>▪ Radiation and chemotherapy</li> <li>▪ Blood or blood products not provided free-of-charge to the patient and the administration of these products</li> <li>▪ Facility and related medical services, such as anesthesia, associated with dental care, when provided in a licensed ambulatory surgical facility.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ May require prior authorization and physician prescription</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Applicable level of co-pay applies to prescription drug services</li> <li>▪ Co-pays do not apply to preventive services</li> </ul>
<b>Physician/Physician Extender Professional Services</b>	<p>Medically necessary services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ American Academy of Pediatrics recommended well-child exams and preventive health services (including but not limited to vision and hearing screening and immunizations)</li> <li>▪ Physician office visits, inpatient and outpatient services</li> <li>▪ Laboratory, x-rays, imaging and pathology services, including technical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ May require prior authorization for specialty services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Applicable level of co-pay applies to office visits</li> <li>▪ Co-pays do not apply to preventive visits or to prenatal visits after</li> </ul>

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
	<p>component and/or professional interpretation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medications, biologicals and materials administered in physician's office</li> <li>▪ Allergy testing, serum and injections</li> <li>▪ Professional component (in/outpatient) of surgical services, including: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surgeons and assistant surgeons for surgical procedures including appropriate follow-up care</li> <li>• Administration of anesthesia by physician (other than surgeon) or CRNA</li> <li>• Second surgical opinions</li> <li>• Same-day surgery performed in a hospital without an over-night stay</li> <li>• Invasive diagnostic procedures such as endoscopic examination</li> </ul> </li> <li>▪ Hospital-based physician services (including physician-performed technical and interpretative components)</li> <li>▪ In-network and out-of-network physician services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section</li> <li>▪ Physician services medically necessary to support a dentist providing dental services to a CHIP member such as general anesthesia or intravenous (IV) sedation.</li> </ul>		the first visit
<p><b>Durable Medical Equipment (DME), Prosthetic Devices and Disposable Medical Supplies</b></p>	<p>Covered services include DME (equipment which can withstand repeated use, and is primarily and customarily used to serve a medical purpose, generally is not useful to a person in the absence of illness, injury or disability, and is appropriate for use in the home), devices and supplies that are medically necessary and necessary for one or more activities of daily living, and appropriate to assist in the treatment of a medical condition, including, but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orthotic braces and orthotics</li> <li>▪ Prosthetic devices such as artificial eyes, limbs and braces</li> <li>▪ Prosthetic eyeglasses and contact lenses for the management of severe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ May require prior authorization and physician prescription</li> <li>▪ \$20,000 12-month period limit for DME, prosthetics, devices and disposable medical supplies (diabetic supplies and equipment are not counted against this cap)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Co-pays do not apply</li> </ul>

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
	<p>ophthalmologic disease</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hearing aids</li> <li>▪ Other artificial aids</li> <li>▪ Implantable devices are covered under Inpatient and Outpatient services and do not count towards the DME 12-month period limit.</li> <li>▪ Diagnosis-specific disposable medical supplies, including diagnosis-specific prescribed specialty formulas and dietary supplements</li> </ul>		
<p><b>Home and Community Health Services</b></p>	<p>Medically necessary services are provided in the home and community and include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Home infusion</li> <li>▪ Respiratory therapy</li> <li>▪ Visits for private duty nursing (R.N., L.V.N.)</li> <li>▪ Skilled nursing visits as defined for home health purposes (may include R.N. or L.V.N.).</li> <li>▪ Home health aide when included as part of a plan of care during a period that skilled visits have been approved</li> <li>▪ Speech, physical and occupational therapies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requires prior authorization and physician prescription</li> <li>▪ Services are not intended to replace the child's caretaker or to provide relief for the caretaker</li> <li>▪ Skilled nursing visits are provided on intermittent level and not intended to provide 24-hour skilled nursing services</li> <li>▪ Services are not intended to replace 24-hour inpatient or skilled nursing facility services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Co-pays do not apply</li> </ul>
<p><b>Inpatient Mental Health Services</b></p>	<p>Medically necessary services include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mental health services furnished in a free-standing psychiatric hospital, psychiatric units of general acute care hospitals and state-operated facilities.</li> <li>▪ Neuropsychological and psychological testing.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requires prior authorization for non-emergency services</li> <li>▪ Does not require PCP referral.</li> <li>▪ Inpatient mental health services are limited to:</li> <li>▪ 45 days 12-month period inpatient limit</li> <li>▪ Includes inpatient psychiatric services, up to 12-month period limit, ordered by a court of competent jurisdiction under the provisions of Chapters 573 and 574 of the Texas Health and Safety Code, relating to court ordered commitments to</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Applicable level of inpatient co-pay applies</li> </ul>

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
		<p>psychiatric facilities. Court order serves as binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 25 days of the inpatient benefit can be converted to residential treatment, therapeutic foster care or other 24-hour therapeutically planned and structured services or sub-acute outpatient (partial hospitalization or rehabilitative day treatment) mental health services on the basis of financial equivalence against the inpatient per diem cost</li> <li>▪ 20 of the inpatient days must be held in reserve for inpatient use only</li> </ul>	
<p><b>Outpatient Mental Health Services</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medically necessary services include, but are not limited to, mental health services provided on an outpatient basis.</li> <li>▪ Medication management visits do not count against the outpatient visit limit.</li> <li>▪ Neuropsychological and psychological testing.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requires prior authorization.</li> <li>▪ Does not require PCP referral.</li> <li>▪ The visits can be furnished in a variety of community-based settings (including school and home-based) or in a state-operated facility.</li> <li>▪ Up to 60 days 12-month period limit for rehabilitative day treatment.</li> <li>▪ 60 outpatient visits 12-month period limit</li> <li>▪ 60 rehabilitative day treatment days can be converted to</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Applicable level of co-pay applies to office visits.</li> </ul>

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
		<p>outpatient visits on the basis of financial equivalence against the day treatment per diem cost.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 60 outpatient visits can be converted to skills training (psycho educational skills development) or rehabilitative day treatment on the basis of financial equivalence against the outpatient visit cost.</li> <li>▪ Includes outpatient psychiatric services, up to 12-month period limit, ordered by a court of competent jurisdiction under the provisions of Chapters 573 and 574 of the Texas Health and Safety Code, relating to court ordered commitments to psychiatric facilities. Court order serves as binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination.</li> <li>▪ Inpatient days converted to sub-acute outpatient services are in addition to the outpatient limits and do not count towards those limits.</li> <li>▪ A Qualified Mental Health Professional (QMHP), as defined by and credentialed through the Texas Department of State</li> </ul>	

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
		<p>Health Services (DSHS) standards (TAC Title 25, Part II, Chapter 412), is a Local Mental Health Authorities provider. A QMHP must be working under the authority of a DSHS entity and be supervised by a licensed mental health professional or physician. QMHPs are acceptable providers as long as the services would be within the scope of the services that are typically provided by QMHPs. Those services include individual and group skills training (which can be components of interventions such as day treatment and in-home services), patient and family education, and crisis services.</p>	

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
<b>Inpatient Substance Abuse Treatment Services</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medically necessary services include, but are not limited to, inpatient and residential substance abuse treatment services including detoxification and crisis stabilization, and 24-hour residential rehabilitation programs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requires prior authorization for non-emergency services</li> <li>▪ Does not require PCP referral.</li> <li>▪ Medically necessary detoxification/stabilization services, limited to <u>14 days per 12-month period</u>.</li> <li>▪ 24-hour residential rehabilitation programs, or the equivalent, up to <u>60 days per 12-month period</u>.</li> <li>▪ 30 days may be converted to partial hospitalization or intensive outpatient rehabilitation, on the basis of financial equivalence against the inpatient per diem cost.</li> <li>▪ 30 days must be held in reserve for inpatient use only.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Applicable level of inpatient co-pay applies</li> </ul>
<b>Outpatient Substance Abuse Treatment Services</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medically necessary outpatient substance abuse treatment services include, but are not limited to, prevention and intervention services that are provided by physician and non-physician providers, such as screening, assessment and referral for chemical dependency disorders.</li> <li>▪ Intensive outpatient services is defined as an organized non-residential service providing structured group and individual therapy, educational services, and life skills training which consists of at least 10 hours per week for four to 12 weeks, but less than 24 hours per day.</li> <li>▪ Outpatient treatment service is defined as consisting of at least one to two hours per week providing structured group and individual therapy, educational services, and life skills training.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requires prior authorization.</li> <li>▪ Does not require PCP referral.</li> <li>▪ Outpatient treatment services up to a maximum of:</li> <li>▪ Intensive outpatient program (up to 12 weeks per 12-month period).</li> <li>▪ Outpatient services (up to six-months per 12-month period)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Applicable level of co-pay applies to office visits.</li> </ul>

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
<b>Rehabilitation Services</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medically necessary habilitation (the process of supplying a child with the means to reach age-appropriate developmental milestones through therapy or treatment) and rehabilitation services include, but are not limited to, the following:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Physical, occupational and speech therapy</li> <li>▪ Developmental assessment</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ May require prior authorization and physician prescription</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Co-pays do not apply</li> </ul>
<b>Hospice Care Services</b>	<p>Medically necessary hospice services include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Palliative care, including medical and support services, for those children who have six months or less to live, to keep patients comfortable during the last weeks and months before death</li> <li>▪ Treatment for unrelated conditions is unaffected</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ May require prior authorization and physician prescription</li> <li>▪ Services apply to the hospice diagnosis</li> <li>▪ Up to a maximum of 120 days with a 6 month life expectancy</li> <li>▪ Patients electing hospice services waive their rights to treatment related to their terminal illnesses; however, they may cancel this election at anytime</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Co-pays do not apply</li> </ul>
<b>Emergency Services, including Emergency Hospitals, Physicians, and Ambulance Services</b>	<p>Health plan cannot require authorization as a condition for payment for emergency conditions or labor and delivery. Medically necessary covered services include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Emergency services based on prudent lay person definition of emergency health condition</li> <li>▪ Hospital emergency department room and ancillary services and physician services 24 hours a day, 7 days a week, both by in-network and out-of-network providers</li> <li>▪ Medical screening examination</li> <li>▪ Stabilization services</li> <li>▪ Access to DSHS designated Level I and Level II trauma centers or hospitals meeting equivalent levels of care for emergency services</li> <li>▪ Emergency ground, air or water transportation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ May require prior authorization for post-stabilization services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Applicable co-pays apply to emergency room visits (facility only)</li> </ul>

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
<b>Vision Benefit</b>	Medically necessary services include: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ One examination of the eyes to determine the need for and prescription for corrective lenses per 12-month period, without authorization</li> <li>▪ One pair of non-prosthetic eyewear per 12-month period</li> </ul>	The health plan may reasonably limit the cost of the frames/lenses. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ May require prior authorization for protective and polycarbonate lenses when medically necessary as part of a treatment plan for covered diseases of the eye.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Applicable level of co-pay applies to office visits billed for refractive exam</li> </ul>
<b>Chiropractic Services</b>	Medically necessary services do not require physician prescription and are limited to spinal subluxation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Does not require authorization for twelve visits per 12-month period limit (regardless of number of services or modalities provided in one visit)</li> <li>• Requires authorization for additional visits.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicable level of co-pay applies to chiropractic office visits</li> </ul>
<b>Tobacco Cessation Programs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Covered up to \$100 for a 12-month period limit for a plan- approved program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ May require prior authorization</li> <li>▪ Health Plan defines plan-approved program.</li> <li>▪ May be subject to formulary requirements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Co-pays do not apply</li> </ul>

## EXCLUSIONS

- Inpatient and outpatient infertility treatments or reproductive services other than prenatal care, labor and delivery, and care related to disease, illnesses, or abnormalities related to the reproductive system
- Personal comfort items including but not limited to personal care kits provided on inpatient admission, telephone, television, newborn infant photographs, meals for guests of patient, and other articles which are not required for the specific treatment of sickness or injury
- Experimental and/or investigational medical, surgical or other health care procedures or services which are not generally employed or recognized within the medical community
- Treatment or evaluations required by third parties including, but not limited to, those for schools, employment, flight clearance, camps, insurance or court
- Private duty nursing services when performed on an inpatient basis or in a skilled nursing facility.
- Mechanical organ replacement devices including, but not limited to artificial heart
- Hospital services and supplies when confinement is solely for diagnostic testing purposes, unless otherwise pre-authorized by Health Plan
- Prostate and mammography screening
- Elective surgery to correct vision
- Gastric procedures for weight loss
- Cosmetic surgery/services solely for cosmetic purposes
- Out-of-network services not authorized by the Health Plan except for emergency care and physician services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section
- Services, supplies, meal replacements or supplements provided for weight control or the treatment of obesity, except for the services associated with the treatment for morbid obesity as part of a treatment plan approved by the Health Plan
- Acupuncture services, naturopathy and hypnotherapy
- Immunizations solely for foreign travel
- Routine foot care such as hygienic care
- Diagnosis and treatment of weak, strained, or flat feet and the cutting or removal of corns, calluses and toenails (this does not apply to the removal of nail roots or surgical treatment of conditions underlying corns, calluses or ingrown toenails)
- Replacement or repair of prosthetic devices and durable medical equipment due to misuse, abuse or loss when confirmed by the Member or the vendor
- Corrective orthopedic shoes
- Convenience items
- Orthotics primarily used for athletic or recreational purposes
- Custodial care (care that assists a child with the activities of daily living, such as assistance in walking, getting in and out of bed, bathing, dressing, feeding, toileting, special diet preparation, and medication supervision that is usually self-administered or provided by a parent. This care does not require the continuing attention of trained medical or paramedical personnel.) This exclusion does not apply to hospice.
- Housekeeping
- Public facility services and care for conditions that federal, state, or local law requires be provided in a public facility or care provided while in the custody of legal authorities
- Services or supplies received from a nurse, which do not require the skill and training of a nurse
- Vision training and vision therapy
- Reimbursement for school-based physical therapy, occupational therapy, or speech therapy services are not covered except when ordered by a Physician/PCP
- Donor non-medical expenses
- Charges incurred as a donor of an organ when the recipient is not covered under this health plan

## DME/SUPPLIES

SUPPLIES	COVERED	EXCLUDED	COMMENTS/MEMBER CONTRACT PROVISIONS
Ace Bandages		X	Exception: If provided by and billed through the clinic or home care agency it is covered as an incidental supply.
Alcohol, rubbing		X	Over-the-counter supply.
Alcohol, swabs (diabetic)	X		Over-the-counter supply not covered, unless RX provided at time of dispensing.
Alcohol, swabs	X		Covered only when received with IV therapy or central line kits/supplies.
Ana Kit Epinephrine	X		A self-injection kit used by patients highly allergic to bee stings.
Arm Sling	X		Dispensed as part of office visit.
Attends (Diapers)	X		Coverage limited to children age 4 or over only when prescribed by a physician and used to provide care for a covered diagnosis as outlined in a treatment care plan
Bandages		X	
Basal Thermometer		X	Over-the-counter supply.
Batteries – initial	X	.	For covered DME items
Batteries – replacement	X		For covered DME when replacement is necessary due to normal use.
Betadine		X	See IV therapy supplies.
Books		X	
Clinitest	X		For monitoring of diabetes.
Colostomy Bags			See Ostomy Supplies.
Communication Devices		X	
Contraceptive Jelly		X	Over-the-counter supply. Contraceptives are not covered under the plan.
Cranial Head Mold		X	
Diabetic Supplies	X		Monitor calibrating solution, insulin syringes, needles, lancets, lancet device, and glucose strips.
Diapers/Incontinent Briefs/Chux	X		Coverage limited to children age 4 or over only when prescribed by a physician and used to provide care for a covered diagnosis as outlined in a treatment care plan
Diaphragm		X	Contraceptives are not covered under the plan.
Diastix	X		For monitoring diabetes.
Diet, Special		X	
Distilled Water		X	
Dressing Supplies/Central Line	X		Syringes, needles, Tegaderm, alcohol swabs, Betadine swabs or ointment, tape. Many times these items are dispensed in a kit when includes all necessary items for one dressing site change.
Dressing Supplies/Decubitus	X		Eligible for coverage only if receiving covered home care for wound care.
Dressing Supplies/Peripheral IV Therapy	X		Eligible for coverage only if receiving home IV therapy.
Dressing Supplies/Other		X	
Dust Mask		X	
Ear Molds	X		Custom made, post inner or middle ear surgery
Electrodes	X		Eligible for coverage when used with a covered DME.
Enema Supplies		X	Over-the-counter supply.
Enteral Nutrition Supplies	X		Necessary supplies (e.g., bags, tubing, connectors, catheters, etc.) are eligible for coverage. Enteral nutrition products are not covered except for those prescribed for hereditary metabolic disorders, a non-function or disease of

SUPPLIES	COVERED	EXCLUDED	COMMENTS/MEMBER CONTRACT PROVISIONS
			the structures that normally permit food to reach the small bowel, or malabsorption due to disease
Eye Patches	X		Covered for patients with amblyopia.
Formula		X	<p>Exception: Eligible for coverage only for chronic hereditary metabolic disorders a non-function or disease of the structures that normally permit food to reach the small bowel; or malabsorption due to disease (expected to last longer than 60 days when prescribed by the physician and authorized by plan.) Physician documentation to justify prescription of formula must include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification of a metabolic disorder , dysphasia that results in a medical need for a liquid diet, presence of a gastrostomy, or disease resulting in malabsorption that requires a medically necessary nutritional product</li> </ul> <p>Does not include formula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For members who could be sustained on an age-appropriate diet.</li> <li>• Traditionally used for infant feeding</li> <li>• In pudding form (except for clients with documented oropharyngeal motor dysfunction who receive greater than 50 percent of their daily caloric intake from this product)</li> <li>• For the primary diagnosis of failure to thrive, failure to gain weight, or lack of growth or for infants less than twelve months of age unless medical necessity is documented and other criteria, listed above, are met.</li> </ul> <p>Food thickeners, baby food, or other regular grocery products that can be blenderized and used with an enteral system that are <i>not</i> medically necessary, are not covered, regardless of whether these regular food products are taken orally or parenterally.</p>
Gloves		X	Exception: Central line dressings or wound care provided by home care agency.
Hydrogen Peroxide		X	Over-the-counter supply.
Hygiene Items		X	
Incontinent Pads	X		Coverage limited to children age 4 or over only when prescribed by a physician and used to provide care for a covered diagnosis as outlined in a treatment care plan
Insulin Pump (External) Supplies	X		Supplies (e.g., infusion sets, syringe reservoir and dressing, etc.) are eligible for coverage if the pump is a covered item.
Irrigation Sets, Wound Care	X		Eligible for coverage when used during covered home care for wound care.
Irrigation Sets, Urinary	X		Eligible for coverage for individual with an indwelling urinary catheter.
IV Therapy Supplies	X		Tubing, filter, cassettes, IV pole, alcohol swabs, needles, syringes and any other related supplies necessary for home IV therapy.
K-Y Jelly		X	Over-the-counter supply.
Lancet Device	X		Limited to one device only.
Lancets	X		Eligible for individuals with diabetes.
Med Ejector	X		
Needles and Syringes/Diabetic			See Diabetic Supplies
Needles and			See IV Therapy and Dressing Supplies/Central Line.

SUPPLIES	COVERED	EXCLUDED	COMMENTS/MEMBER CONTRACT PROVISIONS
Syringes/IV and Central Line			
Needles and Syringes/Other	X		Eligible for coverage if a covered IM or SubQ medication is being administered at home.
Normal Saline			See Saline, Normal
Novopen	X		
Ostomy Supplies	X		Items eligible for coverage include: belt, pouch, bags, wafer, face plate, insert, barrier, filter, gasket, plug, irrigation kit/sleeve, tape, skin prep, adhesives, drain sets, adhesive remover, and pouch deodorant. Items not eligible for coverage include: scissors, room deodorants, cleaners, rubber gloves, gauze, pouch covers, soaps, and lotions.
Parenteral Nutrition/Supplies	X		Necessary supplies (e.g., tubing, filters, connectors, etc.) are eligible for coverage when the parenteral nutrition has been authorized by the Health Plan.
Saline, Normal	X		Eligible for coverage: a) when used to dilute medications for nebulizer treatments; b) as part of covered home care for wound care; c) for indwelling urinary catheter irrigation.
Stump Sleeve	X		
Stump Socks	X		
Suction Catheters	X		
Syringes			See Needles/Syringes.
Tape			See Dressing Supplies, Ostomy Supplies, IV Therapy Supplies.
Tracheostomy Supplies	X		Cannulas, Tubes, Ties, Holders, Cleaning Kits, etc. are eligible for coverage.
Under Pads			See Diapers/Incontinent Briefs/Chux.
Unna Boot	X		Eligible for coverage when part of wound care in the home setting. Incidental charge when applied during office visit.
Urinary, External Catheter & Supplies		X	Exception: Covered when used by incontinent male where injury to the urethra prohibits use of an indwelling catheter ordered by the PCP and approved by the plan
Urinary, Indwelling Catheter & Supplies	X		Cover catheter, drainage bag with tubing, insertion tray, irrigation set and normal saline if needed.
Urinary, Intermittent	X		Cover supplies needed for intermittent or straight catheterization.
Urine Test Kit	X		When determined to be medically necessary.
Urostomy supplies			See Ostomy Supplies.



Los servicios cubiertos por CHIP deben satisfacer la definición de CHIP de "medicamente necesarios". Los servicios de salud "medicamente necesarios" son:

**A. Los servicios de la salud física que:**

- son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen sufrimiento o dolor; causen deformaciones del cuerpo; limiten la función, causen o empeoren una discapacidad, provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida de un Miembro;
- se prestan en un lugar donde se ofrezca la atención médica necesaria para tratar la dolencia del Miembro;
- cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica determinadas por organizaciones profesionales de atención médica o por agencias del gobierno;
- son acordes con el diagnóstico de la dolencia; y
- son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia.

Estos servicios de salud "medicamente necesarios":

- si no se prestan, se vería afectada la salud mental o física del Miembro o la calidad de la atención médica suministrada.

**B. Los servicios de salud mental que:**

- Son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de dependencia química y para mejorar o mantener el funcionamiento o evitar que éste empeore debido al problema de salud mental; y
- Se ofrecen de conformidad con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias.

La atención de emergencia es un servicio cubierto por CHIP. "Emergencia" y "estado de emergencia" significan estados médicos de gravedad e inicio reciente, entre ellos, dolor fuerte, que llevaría a la persona prudente con conocimientos promedios de la medicina y la salud, a creer que el estado, la enfermedad o la lesión del niño es de tal naturaleza que la falta de atención inmediata podría:

- poner en grave peligro la salud del niño;
- ocasionar impedimento grave de las funciones del cuerpo;
- causar la disfunción de algún órgano o alguna parte del cuerpo;
- llevar a la desfiguración grave; o
- en el caso de una mujer embarazada, podría poner en grave peligro la salud del feto.

"Los servicios de emergencia" y "la atención de emergencia" significan los servicios médicos que prestan los doctores, los proveedores o el personal del departamento de emergencias de un hospital de la red o fuera de la red, o de un centro comparable para evaluar y estabilizar los problemas médicos. Los servicios de emergencia son, entre otros, exámenes de detección u otras evaluaciones que exige la ley estatal o federal que son necesarios para determinar si existe un estado de emergencia.

No hay límite en los beneficios que puede recibir durante la vida; sin embargo, se aplican limitaciones por periodos de 12 meses, por el periodo de inscripción (de seis meses) y vitalicios a ciertos servicios, como indica la siguiente tabla. Si los servicios que tienen un límite de 12 meses se usan durante el periodo de inscripción de seis meses, estos servicios no estarán disponibles durante el siguiente periodo de inscripción de seis meses. Los copagos se tienen que hacer hasta que la familia alcance la cantidad máxima específica de su participación en los costos.

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<b>Servicios hospitalarios generales para casos urgentes y de rehabilitación como paciente interno</b>	<p>Los servicios médicamente necesarios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de doctores o proveedores que se dan en el hospital</li> <li>▪ Cuarto semi-privado y alimentación (o cuarto privado, si el doctor que lo atiende certifica que es médicamente necesario)</li> <li>▪ Servicios de enfermería general</li> <li>▪ Servicios y sala de cuidados intensivos (ICU)</li> <li>▪ Comidas del paciente y dietas especiales</li> <li>▪ Quirófano, cuarto de recuperación y otros cuartos de tratamiento</li> <li>▪ Anestesia y su administración (componente técnico del centro)</li> <li>▪ Vendajes esterilizados, bandejas, yesos, tablillas</li> <li>▪ Medicinas y productos biológicos, sangre o subproductos de la sangre, que no se dan gratis al paciente, y su administración</li> <li>▪ Radiografías, toma de imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro)</li> <li>▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del centro)</li> <li>▪ Pruebas con instrumentos diagnósticas (EEG, EKG, etc.)</li> <li>▪ Servicio de oxígeno y terapia de inhalación</li> <li>▪ Radioterapia y quimioterapia</li> <li>▪ Acceso a centros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria la autorización previa para recibir atención que no sea de emergencia, o que se presta después de la estabilización de un estado de emergencia</li> <li>▪ Es necesaria la autorización previa para los servicios de doctores y centros dentro y fuera de la red para mamás y recién nacidos después de las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y después de las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de copago se aplica para pacientes internos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>perinatales designados Nivel III por DSHS, o a hospitales que satisfacen un nivel de atención equivalente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de médicos y centros dentro y fuera de la red para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones.</li> <li>▪ Servicios hospitalarios, médicos y otros servicios, como la anestesia, relacionados con los servicios dentales</li> </ul>		
<b>Trasplantes</b>	<p>Los servicios médicamente necesarios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todo trasplante no experimental de órganos y tejidos humanos, según las pautas actuales de la FDA, y toda clase de trasplante no experimental de córnea, médula ósea y de células madres periféricas, incluso los gastos médicos del donante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria una autorización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos</li> </ul>
<b>Servicios de enfermería especializada en centros (entre ellos, hospitales de rehabilitación)</b>	<p>Los servicios médicamente necesarios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuarto semi-privado y alimentación</li> <li>▪ Servicios de enfermería usuales</li> <li>▪ Servicios de rehabilitación</li> <li>▪ Artículos médicos y el uso de aparatos y equipo prestados por el centro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser necesaria] la autorización previa y una receta médica</li> <li>▪ 60 días durante un periodo de 12 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<b>Servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios integrales de rehabilitación para pacientes externos, servicios de una clínica (entre ellos, los que se dan en un centro de salud) y servicios médicos para pacientes ambulatorios</b>	<p>Los servicios médicamente necesarios son, entre otros, los siguientes servicios que se dan en una clínica del hospital, en una clínica o centro de salud, en un departamento de emergencias o en un lugar donde se prestan servicios de salud ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Radiografías, toma de imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico)</li> <li>▪ Servicios de laboratorio y patología (componente técnico)</li> <li>▪ Pruebas con instrumentos diagnósticos</li> <li>▪ Servicios de cirugía para pacientes externos</li> <li>▪ Medicinas y productos biológicos</li> <li>▪ Yesos, tablillas, vendajes</li> <li>▪ Servicios de salud preventivos</li> <li>▪ Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>▪ Servicios de diálisis renal</li> <li>▪ Servicios respiratorios</li> <li>▪ Radioterapia y quimioterapia</li> <li>▪ Sangre o subproductos de la sangre, que no se dan gratis al paciente, y su administración</li> <li>▪ Servicios del centro y servicios médicos, como la anestesia, relacionados con los servicios dentales, siempre que se presten en una centro quirúrgico con licencia para pacientes ambulatorios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria la autorización previa y una receta médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de copago para los servicios de medicinas recetadas</li> <li>▪ Los copagos no se aplican a los servicios preventivos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<b>Servicios profesionales de médicos y asistentes médicos</b>	<p>Los servicios médicamente necesarios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chequeos preventivos para niños y servicios de salud preventivos recomendados por la Academia Americana de Pediatría (como pruebas de detección temprana para la vista y el oído, e inmunizaciones)</li> <li>▪ Visitas al consultorio médico, servicios para pacientes internos y externos</li> <li>▪ Servicios de laboratorio, radiografías, toma de imágenes y patología incluso el componente técnico y su interpretación profesional</li> <li>▪ Medicamentos, productos biológicos y materiales que se dan en el consultorio médico</li> <li>▪ Pruebas de detección de alergias, sueros e inyecciones</li> <li>▪ Componente profesional (pacientes internos y externos) de los servicios quirúrgicos, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirujanos y auxiliares para procedimientos quirúrgicos y atención postoperatoria adecuada</li> <li>• Administración de anestesia por un médico (que no sea el cirujano) o un CRNA</li> <li>• Segunda opinión sobre la necesidad de cirugía</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser necesaria la autorización de servicios de un especialista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de copago se aplica a las visitas al consultorio</li> <li>▪ Los copagos no se aplican a las citas preventivas o a las citas prenatales después de la primera</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía que se hace el mismo día en el hospital, sin tener que quedarse la noche</li> <li>• Procedimientos diagnósticos invasivos, como el examen endoscópico</li> <li>▪ Servicios médicos basados en el hospital (entre ellos, componentes técnicos y de interpretación realizados por un médico)</li> <li>▪ Servicios de doctores dentro y fuera de la red para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones y las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones</li> <li>▪ Servicios médicos médicamente necesarios para apoyar al dentista que presta servicios dentales, como anestesia general o sedación intravenosa (IV), a un Miembro de CHIP</li> </ul>		
<b>Equipo médico duradero (DME), aparatos protésicos y artículos médicos desechables</b>	<p>Los servicios cubiertos son, entre otros, DME (equipo que aguanta el uso repetido, y que se usa principalmente y de costumbre para propósitos médicos, por lo general no es útil para la persona que no padece de una enfermedad, lesión o discapacidad y que es apropiado para uso en el hogar), aparatos y artículos que son médicamente necesarios,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser necesaria la autorización previa y una receta médica</li> <li>▪ Límite de \$20,000 durante un periodo de 12 meses, para DME, aparatos protésicos y artículos médicos desechables (los artículos y equipos para los diabéticos no son parte de este límite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>y que se necesitan para realizar una o más actividades de la vida cotidiana, y que son apropiados para ayudar con el tratamiento de un padecimiento médico. Son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aparatos ortopédicos y ortesis</li> <li>▪ Aparatos protésicos, como ojos y extremidades artificiales y otros aparatos ortopédicos</li> <li>▪ Anteojos y lentes de contacto protésicos para controlar enfermedades oftalmológicas graves</li> <li>▪ Audífonos</li> <li>▪ Otras ayudas artificiales</li> <li>▪ Los implantes están cubiertos como servicios para pacientes internos y externos y no se cuentan para el límite del periodo de 12 meses para equipo médico duradero.</li> <li>▪ Artículos médicos desechables para ciertos diagnósticos, entre ellos, fórmulas especiales y suplementos alimenticios recetados para el diagnóstico específico</li> </ul>		
<p><b>Servicios de salud en la casa y en la comunidad</b></p>	<p>Los servicios médicamente necesarios que se dan en la casa y en la comunidad son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infusión en casa</li> <li>▪ Terapia respiratoria</li> <li>▪ Visitas de una enfermera particular (enfermera registrada o enfermera vocacional con licencia/L.V.N.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria autorización y una receta médica</li> <li>▪ Estos servicios no pretenden reemplazar al cuidador del niño ni dar relevo al cuidador</li> <li>▪ Las visitas de enfermeras especializadas se ofrecen de forma discontinua y no se prestan las 24 horas seguidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visitas de una enfermera especializada, como se define para los propósitos de servicios de salud a domicilio (puede ser una enfermera registrada o una enfermera vocacional con licencia)</li> <li>▪ Auxiliar de salud en casa cuando forma parte de un plan de servicios, durante el periodo en que las visitas especializadas han sido aprobadas</li> <li>▪ Terapia física, ocupacional y del habla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios no pretenden reemplazar los servicios ininterrumpidos para pacientes internos o de un centro para convalecientes especializado</li> </ul>	
<b>Servicios de salud mental para pacientes internos</b>	<p>Los servicios médicamente necesarios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ los servicios que se dan en un hospital psiquiátrico independiente, en unidades psiquiátricas de hospitales de servicios generales de urgencias y en centros administrados por el estado</li> <li>▪ Pruebas psicológicas y neuropsicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria la autorización previa para los servicios que no son de emergencia</li> <li>▪ No es necesario un envío a servicios del Proveedor de Cuidado Primario</li> <li>▪ Los servicios de salud mental para pacientes internos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Límite de 45 días como paciente interno durante un periodo de 12 meses</li> <li>▪ Cubren los servicios psiquiátricos como paciente interno, hasta el límite del periodo de 12 meses, ordenados por una corte de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salubridad y Seguridad de Texas, relacionadas con las internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por la corte. La orden de la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación de los servicios tiene que presentarse ante la corte</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de copago se aplica para pacientes internos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
		<p>que tiene la jurisdicción sobre la materia que se va a determinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 25 días de los beneficios como paciente interno se pueden sustituir por tratamiento residencial, cuidado temporal terapéutico u otros servicios continuos planificados y estructurados con fines terapéuticos, o servicios de salud mental no tan urgentes para pacientes externos (hospitalización parcial o tratamiento de rehabilitación durante el día), si el costo del tratamiento es equivalente al costo diario de tratamiento como paciente interno</li> <li>▪ 20 de los días de tratamiento como paciente interno se deben reservar solamente para uso como paciente interno</li> </ul>	
<p><b>Servicios de salud mental para pacientes externos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios médicamente necesarios son, entre otros, los servicios de salud mental para pacientes externos</li> <li>▪ Las visitas de control de medicamentos no cuentan para alcanzar el límite de visitas como paciente externo</li> <li>▪ Pruebas psicológicas y neuropsicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria la autorización previa</li> <li>▪ No es necesario un envío a servicios del Proveedor de Cuidado Primario</li> <li>▪ Las visitas pueden hacerse en una variedad de entornos basados en la comunidad (por ejemplo, en escuelas y en el hogar) o en un centro administrado por el estado</li> <li>▪ Límite de hasta 60 días en un periodo de 12 meses para tratamiento de rehabilitación durante el día</li> <li>▪ Límite de 60 citas como paciente externo durante un periodo de 12 meses</li> <li>▪ 60 días de tratamiento de rehabilitación se pueden convertir en citas como paciente externo, si el costo del tratamiento es equivalente al costo diario de tratamiento durante el día</li> <li>▪ 60 días de citas como paciente externo se pueden convertir en capacitación en habilidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de copago se aplica a las visitas al consultorio</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
		<p>(desarrollo de habilidades psicoeducacionales) o en tratamiento de rehabilitación durante el día, si el costo del tratamiento es equivalente al costo de la cita como paciente externo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cubren los servicios psiquiátricos como paciente interno, hasta el límite del periodo de 12 meses, ordenados por una corte de jurisdicción competente bajo las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salubridad y Seguridad de Texas, relacionadas con las internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por la corte. La orden de la corte sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación de los servicios tiene que presentarse ante la corte que tiene la jurisdicción sobre la materia que se va a determinar.</li> <li>▪ Los días como paciente interno que se convierten a servicios no muy urgentes para paciente externo son adicionales a los límites para pacientes externos y no cuentan dentro de dichos límites</li> <li>▪ Un Profesional Capacitado en Salud Mental (QMHP), según lo definen y acreditan las normas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) (TAC Título 25, Parte II, Capítulo 412), es un proveedor de las autoridades locales de salud mental. El QMHP tiene que trabajar bajo la autoridad de una entidad del DSHS y ser supervisado por un doctor o profesional de la salud mental con licencia. Los QMHP son proveedores aceptables siempre y cuando los servicios estén dentro del ámbito de los servicios que los QMHP proporcionan normalmente. Estos son, entre otros, capacitación en</li> </ul>	

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
		<p>habilidades individual o en grupo (que pueden ser componentes de intervenciones tales como tratamiento durante el día y servicios en casa), educación del paciente y de la familia y servicios en caso de crisis.</p>	
<p><b>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes internos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios médicamente necesarios son, entre otros, servicios de tratamiento del abuso de sustancias residenciales y para pacientes internos, por ejemplo, desintoxicación y estabilización de crisis y programas residenciales de rehabilitación las 24 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria la autorización previa para los servicios que no son de emergencia</li> <li>▪ No es necesario un envío a servicios del Proveedor de Cuidado Primario</li> <li>▪ Los servicios de desintoxicación o de estabilización médicamente necesarios para pacientes internos, se limitan a <u>14 días en un periodo de 12 meses</u></li> <li>▪ Los programas residenciales de rehabilitación las 24 horas, o su equivalente, se limitan a hasta <u>60 días por cada periodo de 12 meses</u></li> <li>▪ 30 días se pueden convertir en hospitalización parcial o rehabilitación intensiva como paciente externo, si el costo del tratamiento es equivalente al costo diario como paciente interno</li> <li>▪ 30 de los días de tratamiento se deben reservar solamente para uso como paciente interno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de copago se aplica para pacientes internos</li> </ul>
<p><b>Servicios de tratamiento del abuso de sustancias para pacientes externos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los servicios de tratamiento del abuso de sustancias médicamente necesarios para el paciente externo son, entre otros, los servicios de prevención e intervención brindados por proveedores médicos y no médicos, como detección, valoración y envío a servicios para trastornos de dependencia química</li> <li>▪ Los servicios intensivos para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesaria la autorización previa</li> <li>▪ No es necesario un envío a servicios del Proveedor de Cuidado Primario</li> <li>▪ Servicios de tratamiento para el paciente externo hasta un máximo de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programa intensivo como paciente externo (hasta 12 semanas en un periodo de 12 meses)</li> <li>▪ Servicios como paciente externo (hasta seis meses en un periodo de 12 meses)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El nivel correspondiente de copago se aplica a las visitas al consultorio</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>pacientes externos se definen como un servicio organizado no residencial que brinda terapia estructurada individual y en grupo, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que dura por lo menos 10 horas por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas al día</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El servicio de tratamiento para pacientes externos se define como un servicio que dura por lo menos una o dos horas por semana que brinda terapia estructurada individual y en grupo, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida</li> </ul>		
<b>Servicios de rehabilitación</b>	<p>La habilitación médicamente necesaria (el proceso de brindar al niño los medios necesarios para que logre las metas importantes del desarrollo adecuadas para su edad, por medio de la terapia o el tratamiento) y los servicios de rehabilitación, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>▪ Valoración del desarrollo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser necesaria autorización y una receta médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos</li> </ul>
<b>Servicios de cuidado de hospicio</b>	<p>Los servicios de hospicio médicamente necesarios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidado paliativo, incluso servicios médicos y de apoyo, para el niño a quien le quedan seis meses o menos de vida, para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser necesaria autorización y una receta médica</li> <li>▪ Los servicios se basan en el diagnóstico de hospicio</li> <li>▪ Hasta un máximo de 120 días cuando la esperanza de vida es de seis meses</li> <li>▪ El paciente que decide recibir los servicios de hospicio, renuncia a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>mantenerlo cómodo durante sus últimas semanas y meses de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No afecta el tratamiento de padecimientos no relacionados</li> </ul>	<p>su derecho al tratamiento relacionado con su enfermedad mortal; sin embargo, puede cancelar esta decisión en cualquier momento</p>	
<p><b>Servicios de emergencia, entre ellos, servicios hospitalarios de emergencia, servicios médicos y de ambulancia</b></p>	<p>El plan de salud no puede exigir una autorización como condición de pago para padecimientos de emergencia o trabajo de parto y parto. Los servicios médicamente necesarios que están cubiertos son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de emergencia basados en la definición de padecimiento de emergencia de una persona prudente, común y corriente</li> <li>▪ Servicios de la sala de emergencias del hospital y servicios relacionados, y servicios médicos, las 24 horas del día, los siete días de la semana, prestados por proveedores de la red y de fuera de la red</li> <li>▪ Exámenes preliminares de detección médica</li> <li>▪ Servicios de estabilización</li> <li>▪ Acceso a centros de traumatología designados Nivel I y II por el DSHS, o a hospitales que satisfacen un nivel de atención de emergencia equivalente</li> <li>▪ Transportación de emergencia por tierra, aire o agua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser necesaria la autorización previa para los servicios después de la estabilización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplican los copagos correspondientes a las visitas a la sala de emergencias (sólo para el centro)</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<b>Servicios para la vista</b>	<p>Los servicios médicamente necesarios son, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un examen de los ojos durante un periodo de 12 meses, sin autorización, para determinar la necesidad y la graduación de lentes correctivos</li> <li>▪ Un par de anteojos no protésicos durante un periodo de 12 meses</li> </ul>	<p>El plan de salud puede poner un límite razonable al costo de la montura y los lentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser necesaria una autorización para lentes de policarbonato y de protección cuando son médicamente necesarios como parte de un plan de tratamiento de las enfermedades oculares cubiertas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se aplica el nivel correspondiente de copago para visitas al consultorio facturadas como examen de refracción</li> </ul>
<b>Servicios quiroprácticos</b>	<p>Los servicios médicamente necesarios no exigen una receta médica y se limitan a la subluxación de la espina dorsal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No es necesaria una autorización para el límite de 12 citas en un periodo de 12 meses (no importa el número de servicios o modalidades brindados en una cita)</li> <li>• Es necesaria una autorización para visitas adicionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El nivel correspondiente de copago se aplica a las visitas al consultorio</li> </ul>
<b>Programas para dejar de fumar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cubre hasta un límite de \$100 durante un periodo de 12 meses para un programa aprobado por el plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser necesaria una autorización</li> <li>▪ El plan de salud define qué es un programa aprobado por el plan</li> <li>▪ Es posible que se apliquen los requisitos de un catálogo de medicinas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aplican copagos</li> </ul>

## EXCLUSIONES

- Tratamientos para la infertilidad o servicios reproductivos para pacientes internos y externos; excepto los cuidados prenatales, el trabajo de parto, el parto y la atención relacionada con enfermedades, padecimientos o anomalías del sistema reproductivo
- Artículos de comodidad personal, entre ellos, juegos para la higiene personal que se dan al internarse, teléfono, televisión, fotos de recién nacidos, comidas para las visitas del paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión específica
- Procedimientos y/o servicios médicos, quirúrgicos o de la salud, que son experimentales o parte de un estudio y que generalmente no se usan ni se reconocen dentro de la comunidad médica
- Tratamientos o evaluaciones que solicita algún tercero, por ejemplo, para escuelas, empleos, campamentos, cobertura de seguros, la corte o para autorizar el vuelo
- Servicios de enfermería privada cuando se dan al paciente interno
- Aparatos mecánicos para reemplazar los órganos, entre ellos, corazones artificiales
- Servicios y artículos hospitalarios cuando se interna solamente con el propósito de realizar pruebas diagnósticas, a menos que el plan de salud haya dado autorización previa
- Pruebas de detección de la próstata y mamografías
- Cirugía optativa para corregir la vista
- Procedimientos gástricos para bajar de peso
- Cirugía y servicios cosméticos solamente con propósitos cosméticos
- Servicios fuera de la red que el Plan de Salud no haya autorizado, a menos que sea Atención de emergencia o servicios de doctores para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones o las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios, artículos, substitutos o suplementos alimenticios que se dan para controlar el peso o para tratar la obesidad, excepto los servicios relacionados con el tratamiento de la obesidad patológica como parte de un plan de tratamiento aprobado por el plan de salud
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Inmunizaciones sólo con el propósito de viajar al extranjero
- Cuidado rutinario de los pies, como cuidado higiénico
- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, torcidos o planos y recorte y remoción de callos, callosidades y uñas (esto no se aplica a la remoción de la raíz de la uña o al tratamiento quirúrgico de los padecimientos subyacentes de los callos, callosidades y las uñas encarnadas)
- Reemplazo o reparación de aparatos protésicos y equipo médico duradero debido al mal uso, al abuso o a la pérdida del mismo cuando está confirmado por el miembro o el vendedor
- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos para conveniencia personal
- Ortesis usada principalmente para propósitos atléticos o recreativos
- No incluye el cuidado de un acompañante (cuidado que ayuda al niño con las actividades de la vida cotidiana, como caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, arreglarse, preparar una dieta especial y supervisar que toma las medicinas, si normalmente se las toma solo o se las da uno de los padres. Estos cuidados no requieren la atención continua de personal médico o paramédico). Esta exclusión no se aplica a los servicios de hospicio.
- Limpieza
- Los servicios y la atención médica que se prestan en un centro público para tratar enfermedades que por ley federal, estatal o local deben atenderse en un centro público, o la atención que recibe el paciente bajo la custodia de las autoridades policiales o judiciales
- Servicios y artículos que recibe de una enfermera que no requieren la capacitación y experiencia de una enfermera
- Terapia y entrenamiento de la vista
- Reembolso de los servicios de terapia física, ocupacional o del habla prestados en la escuela no está cubierto a menos que lo ordene un doctor o el PCP
- Gastos no médicos del donante
- Los gastos que corren por cuenta del donante de un órgano cuando la persona que recibe el trasplante no tiene cobertura de este plan de salud

## EQUIPO MÉDICO DURADERO/ARTÍCULOS MÉDICOS

ARTÍCULOS MÉDICOS	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/PROVISIÓN DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
Vendas		X	Excepción: Si una clínica o una agencia de atención en casa se las da y se las cobra, están cubiertas como artículos secundarios.
Alcohol para fricciones		X	Se vende sin receta.
Gasas con alcohol (para diabéticos)	X		Se venden sin receta, no están cubiertas a menos que presente una receta a la hora de surtir las.
Gasas con alcohol	X		Están cubiertas sólo cuando se dan con equipos o artículos para la terapia intravenosa o un acceso venoso central.
Jeringa con epinefrina (Ana-Kit)	X		Una jeringa para inyectarse uno mismo que usan los pacientes muy alérgicos a la picadura de abeja.
Cabestrillo	X		Se da como parte de la consulta.
Attends (pañales)	X		Se limita la cobertura a niños de 4 años o más sólo con una receta médica cuando se usan como parte de la atención delineada en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto.
Vendajes		X	
Termómetro clínico		X	Se vende sin receta.
Pilas, primeras	X	.	Para artículos de DME cubiertos.
Pilas, de repuesto	X		Para artículos de DME cuando es necesario reponerlas debido al uso normal.
Betadina		X	Vea Artículos para la terapia intravenosa.
Libros		X	
Clinitest, pastillas reactivas	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Bolsas de colostomía			Vea Artículos para ostomía
Aparatos de comunicación		X	
Jalea anticonceptiva		X	Se vende sin receta. Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Molde craneal		X	
Artículos para diabéticos	X		Solución para calibrar el monitor, jeringas para insulina, agujas, lancetas, aparato con lancetas y tiras reactivas para detectar la glucosa.
Pañales, pantaletas para la incontinencia, toallas absorbentes a prueba de agua (Chux)	X		Se limita la cobertura a niños de 4 años o más sólo con una receta médica cuando se usan como parte de la atención delineada en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto.
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Diastix, tiras reactivas	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Dieta especial		X	
Agua destilada		X	
Artículos para cambiar vendajes o el acceso venoso central	X		Jeringas, agujas, apósito transparente Tegaderm, gasas con alcohol, pomada o gasas con Betadina, cinta adhesiva. Muchas veces, estos artículos se dan en conjunto en un paquete que tiene todo lo que se necesita para hacer un cambio de vendaje.
Artículos para cambio de vendajes, úlceras de decúbito	X		Solo se cubren si está recibiendo terapia intravenosa en la casa.
Artículos para	X		Solo se cubren si está recibiendo terapia intravenosa en la casa.

ARTÍCULOS MÉDICOS	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/PROVISIÓN DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
cambio de vendajes, relacionados con la terapia intravenosa			
Artículos para cambio de vendajes, otros		X	
Máscara para el polvo		X	
Molde de oído	X		Hechos a la medida, después de la cirugía del oído medio o del oído interno
Electrodos	X		Sólo se cubren cuando se usan con DME cubierto.
Artículos para hacer enemas		X	Se vende sin receta.
Artículos relacionados con la alimentación enteral	X		Se cubren artículos necesarios (por ejemplo, bolsas, tubos, conectores, catéteres, etc.). No se cubren los productos nutritivos para la alimentación enteral excepto los que se recetan para trastornos metabólicos hereditarios, o para enfermedad o inactividad de las estructuras que normalmente permiten llegar los alimentos al pequeño intestino, o para la malabsorción debido a enfermedad.
Parches para los ojos	X		Se cubren para el paciente que tiene ambliopía.
Fórmula		X	<p>Excepción: Sólo se puede cubrir para trastornos metabólicos hereditarios crónicos, o para enfermedad o inactividad de las estructuras que normalmente permiten llegar los alimentos al pequeño intestino; o para la malabsorción debido a enfermedad (que se espera va a durar más de 60 días), cuando el doctor la receta y el plan la autoriza. La documentación del doctor para justificar la receta de la fórmula debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La identificación de un trastorno metabólico, disfagia que ocasiona la necesidad médica de una dieta líquida, la presencia de una gastrostomía, o una enfermedad que ocasiona la malabsorción que requiere un producto alimenticio médicamente necesario.</li> </ul> <p>No incluye la fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para miembros que se podrían sustentar con la dieta apropiada para su edad.</li> <li>Usada tradicionalmente para alimentar a los bebés.</li> <li>En forma de pudín (excepto para clientes con disfunción motora de la orofaringe documentada, que reciben más del 50 por ciento de su consumo calórico de este producto).</li> <li>En casos de personas con diagnósticos de retraso del desarrollo, aumento de peso insuficiente o retraso del crecimiento o para bebés menores de 12 meses de edad, a menos que la necesidad médica se documente y se cumplan los otros criterios mencionados antes.</li> </ul> <p>Espesantes, comida para bebé u otros productos que se puede comprar en la tienda que se pueden licuar y usar con un sistema enteral que <i>no</i> son médicamente necesarios, no se cubren, no importa si se toman oralmente o por medios parenterales.</p>
Guantes		X	Excepción: para cambiar el vendaje del acceso venoso central o tratar heridas, cuando lo hace una agencia de atención médica en casa.
Agua oxigenada		X	Se vende sin receta.
Artículos para la higiene personal		X	

ARTÍCULOS MÉDICOS	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/PROVISIÓN DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
Toallas para la incontinencia	X		Se limita la cobertura a niños de 4 años o más sólo con una receta médica cuando se usan como parte de la atención delineada en un plan de tratamiento para un diagnóstico cubierto.
Artículos para la bomba (externa) de insulina	X		Se cubren los artículos médicos (por ejemplo, equipo para infusión, receptáculo de jeringa y vendajes, etc.) si la bomba es un artículo cubierto.
Equipo de irrigación para tratar heridas	X		Se cubren cuando se usan al recibir atención en casa que está cubierta para tratar heridas.
Equipos para irrigación del aparato urinario	X		Se cubren para la persona que tiene un catéter uretral permanente.
Artículos para la terapia intravenosa	X		Sondas, filtro, casetes, soportes, gasas con alcohol, agujas, jeringas y otros artículos necesarios relacionados con la terapia intravenosa en casa.
Jalea K-Y, lubricante a base de agua		X	Se vende sin receta.
Aparato con lancetas	X		Se limita a solamente un aparato.
Lancetas	X		Se cubren para personas con diabetes.
Expulsor de medicinas MedEjector	X		
Agujas y jeringas para diabéticos			Vea Artículos para diabéticos.
Agujas y jeringas para terapia intravenosa y acceso venoso central			Vea Artículos para la terapia intravenosa y Artículos para cambiar vendajes y acceso venoso central.
Agujas y jeringas para otros usos	X		Se cubren si son para administrar en la casa medicinas intramusculares o subcutáneas cubiertas.
Salina normal			Vea Solución salina normal
Novopen, sistema recargable de inyección tipo pluma	X		
Artículos relacionados con la ostomía	X		Se cubren, entre otros: cinturones, bolsas de varias clases, láminas, borde, piezas de inserción, placas autoadhesivas, filtro, aros, tapones, equipos y manguitas para irrigación, cinta adhesiva, lociones limpiadoras, esparadrapos, equipos para drenaje, productos para quitar adhesivos y esparadrapos y desodorante para la bolsa. Los artículos que no se cubren son, entre otros: tijeras, desodorantes de aire, limpiadoras, guantes de hule, gasa, forro para la bolsa, jabones y lociones.
Artículos para la alimentación parenteral	X		Se cubren los artículos necesarios (como tubos, filtros, conectores, etc.) cuando el plan de salud autoriza la alimentación parenteral.
Solución salina normal	X		Se cubre cuando: a) se usa para diluir medicinas para tratamientos con nebulizador; b) forma parte de la atención en casa que está cubierta para tratar heridas; c) se usa para la irrigación del catéter uretral permanente.
Funda protectora para muñón	X		
Calcetines para muñón	X		

ARTÍCULOS MÉDICOS	CUBIERTO	EXCLUÍDO	COMENTARIOS/PROVISIÓN DEL CONTRATO DE LOS MIEMBROS
Catéter de succión	X		
Jeringas			Vea Agujas y jeringas
Cinta adhesiva			Vea Artículos para cambiar vendajes, Artículos para ostomía, Artículos para terapia intravenosa.
Artículos para traqueostomía	X		Se cubren cánulas, sondas, cierres, fundas, equipo para limpieza, etc.
Toalla interior			Vea Pañales, pantaletas para la incontinencia, toallas absorbentes a prueba de agua (Chux).
Botas de compresión Unna	X		Se cubren como parte de la atención en casa para el tratamiento de heridas. Se cobra una suma mínima cuando se aplican durante una cita al consultorio.
Catéter uretral externo y artículos relacionados		X	Excepción: Se cubre al usarlo un hombre incontinente cuando una lesión a la uretra prohíbe el uso de un catéter uretral permanente y está recetado por el PCP y aprobado por el plan.
Catéter uretral permanente y artículos relacionados	X		Se cubren catéteres, bolsas de drenaje con tubos, cubeta de inserción, equipo para irrigación y solución salina normal si es necesaria.
Catéter uretral intermitente	X		Se cubren los artículos necesarios para el cateterismo intermitente o directo.
Prueba de detección de la orina	X		Cuando se determina que es médicamente necesaria.
Artículos para urostomía			Vea Artículos para ostomía.